

Darvasi Erika

**Szubjektív jóllét a mintaadó pedagógusok  
körében – coping stratégiák,  
egészségmagatartás és egészségi állapot  
vizsgálata**

***Bevezetés***

Jelen tanulmány célja empirikus kutatásra alapozva rávilágítani a mintaadó pedagógusok coping stratégiáinak, valamint egészségmagatartásának karakterisztikájára, illetve az egészségi állapotuk szubjektív vetületére.

Rohanó világban a teljesítményorientáltság felé helyeződik a súlypont, ahol a személytelen teljesítmény és az állandó újítás iránti igény olyan normák, amelyek nélkül nem könnyű helyt állni, azonban érdemes megállni egy pillanatra, és átgondolni, mi az, ami biztosítja számunkra a háttérrel, azt az alapot, amire építhetjük életünket.

A folyamatosan emelkedő elvárások már kisiskolás kortól jelen vannak, ami elkerülhetetlenül hozza magával a stresszt. Az élet más aspektusai is okozhatnak szorongást, hiszen számtalan szerepnek kell megfelelni, amelyek nem ritkán konfliktusba is kerülhetnek.

Az idő kincs, minden pillanatot csak egyszer élhetünk át, ezért érdemes azt okosan beosztani. Felmerül-e azonban az a kérdés, hogy egészségünk nélkül - amely legalapvetőbb bázisunkat adja - bármilyen tervezés hiábavaló?

A nélkülözhetetlen, ugyanakkor a háttérben észrevétlenül kísértő értékekre általában csak hiányuk, sérülésük hívja fel figyelmünket.

A szocializáció során az értékek több forráson keresztül integrálódnak személyiségünkbe, ennek a folyamatnak az oktatásban töltött idő szerves része. A pedagógusok referenciaszemélyek, mintául szolgálnak minden felnövekvő generáció számára, szerepük sokkal több, mint lexikális tudás átadása. A diákok a család mellett az iskola pedagógusaival töltik legtöbb idejüket. A tanárok szerepe esszenciális,

hogy milyen értékhordozó és átadó szereppel bírnak az egészségmagatartás, coping és a prevenció terén, mit adnak át a következő generáció számára, hiszen ők a folyamatos társadalmi újraelosztásnak is nélkülözhetetlen elemei.

Az egészségi állapot Lalonde (1981) elgondolása szerint a biológiai és a környezeti tényezők mellett részben az egészségügyi ellátórendszer sajátosságain is múlik, a negyedik, egészséget befolyásoló tényező pedig az életmód [sajnálatos módon a szolgáltatásokat Magyarországon igénybe venni kívánó, a magyar egészségügyi rendszer alulfinanszírozottsága miatt nincs szerencsés helyzetben] (OECD, 2017). Lalonde (1981) hangsúlyozza az életmód szerepét az egészségmegőrzésben – ennek mérföldköveiként a helyes táplálkozást, a testmozgást és a stresszkezelést jeleníti meg.

Az EU 2017-es, Magyarországról szóló országjelentése (OECD, 2017) szerint a népegészségügyi mutatók állására jelentős negatív hatással vannak az destruktív életmódbeli elemek. A Washingtoni Egyetem által lefolytatott Global Burden of Disease Study (2017) az 1990 és 2017 közötti időszakot fedi le adatokkal a halálozás és a betegségek okainak és kockázati tényezőinek tekintetében. Eredményeik szerint az életmódbeli kockázati tényezők az összes halálozás 65,84%-ához járultak hozzá 2017-ben. A következő egészségmagatartási kockázati tényezőket találták: táplálkozásbeli kockázatok (27,8%), dohányzás (20,9%), alkoholfogyasztás (9,9%), drogfogyasztás (0,3%), alacsony fizikai aktivitás (3,5%) (a nem biztonságos szexet sorolták még az életmódbeli kockázatok közé: 0,4%).

Az Unióban 2014-ben a dohányzók aránya átlagosan 18,4% volt, Magyarországon 25,8%; míg elhízás tekintetében az uniós átlag 2014-ben 51,6% volt, a magyar populáció 55,2%-kal felette van ennek az arányszámnak is (EUROSTAT, 2014a és 2014b). Magyarországi 2015-ös adatok szerint az egy főre eső éves alkoholfogyasztás tekintetében is meghaladja az EU-átlagot: 9,33 liter tiszta alkohol jut egy főre az EU-ban, nálunk közel 11 liter (EUROSTAT, 2015). Nemzetközi ajánlások (WHO/FAO, 2003; Public Health England, 2016: több mint 400 g vagy 5 adag naponta) ellenére a napi 5 vagy több porciójú zöldség-gyümölcs fogyasztást a magyar lakosság alig több mint 10%-a abszolválta a vizsgált évben. "Mentségünkre" szolgál, hogy az uniós polgároknak is csak 14,3%-a teljesíti ezt a kívánalmat (EUROSTAT, 2014).

Végezetül a kockázati tényezők közül Magyarország



valamelyest jobban teljesít a fizikai aktivitás tekintetében. A heti, nem munkavégzéssel összefüggésben végzett testmozgás közel minden második uniós polgár számára egyáltalán nem része az életvitelnek, a magyarok 43,4%-a ennyire passzív. Heti 2,5 órát meg nem haladó testmozgás az Unióban 20% körüli, míg nálunk közel 28%, 2,5-5 óra közötti aktivitás tekintetében elmaradunk az uniós átlagtól (EU: 14,2%, Mo.: 11,8%), és a 6 órát meghaladó heti sportolás mindkét vizsgált területen hasonló, 16% körüli, itt nincs elmaradás. Az más kérdés, hogy a WHO (2010) ajánlása szerint, a 18-64 éves korosztály heti legalább 150 perc közepes, vagy ennek megfelelő, legalább 75 perc intenzív kardio testmozgást kellene, hogy végezzen, de mind az EU (15,4%), mind Magyarország (13,5%) erősen elmarad ettől.

2017-ben a magyaroknak alig több mint fele (59,3%-a) érezte magát jó egészségi állapotban, míg az uniós átlag közel 70% volt ugyanebben az évben (EUROSTAT). Szintén az EUROSTAT (2018) adatai szerint a születéskor várható élettartam 2016-ban EU-átlagban 81 év, nálunk mindössze 76,2, tehát közel 5 évvel élünk kevesebbet az átlag uniós polgárnál.

A kóros mértékű stressz számos egészségügyi probléma forrása lehet, ezért fontos a megfelelően hatékony megküzdési stratégia megválasztása (Kállai-Varga-Oláh, 2007).

Az adatok magukért beszélnek: életünk bázisa, az egészségünk, a kezünkben van. Számtalan forrásból hallottuk már a „prevenció” szót, de kérdés, hogy mi a valódi tartalma, és miben nyilvánul meg a szegedi középiskolai tanárok körében? A kérdés relevanciája nem csak a fent leírt értékközvetítő szerep miatt vitathatatlan, hanem azért is, mert a társadalom, és köztük pedagógusaink egészsége egészségpolitikai szempontból is prioritásként kezelendő.

## ***A stressz***

Selye János megfogalmazása szerint *„a stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre”* (1976, 25. o.). Az igénybevétel jellege, vagyis a szervezetet ért hatás minősége – pozitív vagy negatív, kellemes vagy kellemetlen – indifferens a hatás szempontjából, csak az számít, hogy az organizmus kénytelen újra alkalmazkodni az őt ért váratlan helyzetben, és ez a válasz nem specifikus. A stressz szó magában foglalja a kellemes és kellemetlen hatásokat egyaránt. A kellemes élmények közé tartozik az öröm, a

beteljesülés, az önkifejezés. A boldogsághoz szükség van stresszre, ennek mértéke egyénenként eltérő.

A distressz fogalmát Selye János (1976) vezeti be és több mint 10 nyelvre való fordításával a nemzetközi irodalomban is igyekezett meghonosítani; a kellemetlen és káros stresszhatásokat érti alatta. Véleménye szerint, az emberi viselkedésben is jelen van a stressz, melynek mozgatórugója, hogy a környezetünkből érzelmeket váltsunk ki. A negatív és pozitív érzelmek stresszt indukálnak. Háromféle érzelem kategória különíthető el: pozitív, negatív és semleges.

A pozitív érzelmeket összességében a szeretet gyűjtőfogalma alá sorolhatjuk be, úgy, mint a hála, tisztelet, bizalom, a kiemelkedő teljesítmények tisztelete – az élet általános célja és az egyensúlyi állapot elérése és fenntartása, pozitív érzelmek keltése másokban önmagunk felé.

A negatív érzelmek közé sorolja a gyűlöletet, a bizalmatlanságot, a megvetést, az ellenségeskedést, a féltékenységet és a bosszúvágyat; tulajdonképpen minden olyan érzelmet, amely támadó érzelmeket ébreszt a környezetünkben.

A türelem és az elnéző magatartás sorolható a harmadik kategóriába, melyek a béke megteremtését teszik lehetővé.

A szervezet az őt ért káros hatásokra egy „általános alkalmazkodási tünetcsoporttal”, úgynevezett „generális adaptációs szindrómával” (G.A.S.) válaszol, melynek három szakasza különíthető el:

1. Alarm (riasztó) reakció.
2. Az első szakaszban találkozik a szervezet a stresszorral, a szervezet ellenálló képessége csökken. Szélsőséges esetben halállal végződhet.
3. Rezisztencia (ellenállás) szakasz.
4. Ha a stresszor továbbra is fennáll, a szervezet képes alkalmazkodni, és az ellenálló képesség a normál szint fölé emelkedik. Az alarm reakció tünetei megszűnnek.
5. Kimerülés szakasz.

Az stresszor folyamatos fennállásával és az alkalmazkodási energia kimerülésével bekövetkezhet a halál.

Selye korábbi művében alkotott definíciója szerint „*stressznek azt az állapotot tekintjük, amely a generális adaptációs szindrómában nyilvánul meg*” (Selye, 1964, 61.o.). Folyamatos interakcióban vagyunk környezetünkkel, és ezen változó hatásokhoz való alkalmazkodáshoz, valamint a létfenntartáshoz energiára van szükség. A 3. szakaszban



említett alkalmazkodási vagy adaptációs energia korlátozott mértékben áll rendelkezésre, mennyisége örökletes, és a folyamatos stressz, amely életünk során a szervezetünket éri, az energiapótlás ellenére „elkoptatja” azt. Tehát a stressz minden ember életében folyamatosan jelen van, az egyetlen, tökéletesen stresszmentes állapot a szerző véleménye szerint a halál (Selye, 1964). A káros stressz alacsony szinten tartásának egyetlen módszere, ha olyan tevékenységet választunk, amelyben örömről beszélünk, és a környezetünket is optimálisan alakítjuk ki. A stressz áthatja életünket, nincs olyan tevékenység, amely ne járna stresszel, ezért kiemeli a munka és a sport jótékony hatását a stressz keretek között tartásában (Selye, 1964).

Lazarus (1999) szerint a stressz az ember-környezet nexusában értelmezendő fogalom. Az ember-környezet viszony analízisa eredményezheti annak megállapítását, hogy az adott szituáció stresszesnek nyilvánítható-e. Ehhez a környezeti elvárásokat a személy rendelkezésére álló és az elvárásokkal megküzdő egyén pszichológiai erőforrásaival szükséges összevetni. Amennyiben az elvárások jelentősen meghaladják a megküzdési kapacitásokat, a szituáció az egyénre nézve stresszel terhelt. A definíció fordítva is igaz: amennyiben az erőforrások hasonló mértékűek vagy magasabb szintet érnek el az elvárásoknál, az adott szituáció nem okoz stresszt.

Atkinson-Hilgard megfogalmazása szerint *„a stressz általában véve olyan eseményekre utal, amelyek megítélésünk szerint veszélyeztetik fizikai és pszichikai jóllétünket. Az ilyen események a stresszorok, a rájuk adott reakciók pedig a stresszválaszok.”* (2005, 524. o.)

## ***Coping***

Az egészségvédelem érdekében a stresszorok megfelelő szinten tartása kívánatos. Stone és Neal 1984-es definíciója szerint a megküzdés stresszel terhelt helyzet megoldására alkalmazott tudatos cselekvés vagy kognitív folyamat (Stone-Neale 1984). A fogalom 1987-es meghatározása szerint a megküzdés magában foglalja azokat a válaszokat, melyekkel stresszes esemény vagy epizód esetén reagálunk (Compas, 1987). Lazarus (1991) szerint a megküzdés azon kognitív és viselkedési erőfeszítések összessége, amelyek

segítségével az egyén kezeli azokat a külső és belső hatásokat, valamint a köztük lévő konfliktusokat, amelyeket úgy értékel, hogy azok igénybe veszik vagy meghaladják erőforrásait. Irányulhat a keletkező érzelem vagy a keletkeztető körülmények megváltoztatására. Az értékelő folyamat direkt és indirekt módon történő befolyásolásával a következő érzelem előrejelzője is. A coping az érzelmi folyamatokat Lazarus (1991) szerint kétféleképpen befolyásolja.

1. Probléma-központú megküzdés formájában
2. A cselekvést állítja a középpontba, melynek célja a stresszt, aggodalmat kiváltó probléma megszüntetése. Lazarus szerint a megküzdési stratégiák gyakran további feszültséget generálnak, amennyiben túlzott mértékben alkalmazzák őket, elveszik a hasznosságuk.
3. Érzelem-központú megküzdés formájában
4. Az érzelem-központú megküzdési stratégiák a személy-környezet reláció megváltoztatása helyett az érzelmek enyhítésére helyezik a hangsúlyt. Általuk az érzelmek átstrukturálásával, a környezethez való viszony jelentésének megváltoztatása által törekszünk az érzelmi reakció megváltoztatására.
5. A coping-ot néhány évvel később a viselkedés, érzelmek és irányultság pszichológiai stressz hatása alatt történő szabályozásaként határozzák meg (Skinner-Wellborn, 1995).
6. A stresszhelyzet hosszú távú kimenetére való hatása szerint megkülönböztethetünk:
  - adaptív megküzdési stratégiákat - ez esetben pozitívan befolyásolja a stratégia a helyzetet;
  - inadaptív megküzdési stratégiákat – ebben az esetben a coping nem konstruktív a kimenetet tekintve (Kállai-Varga-Oláh, 2007).
  - Csoportosíthatjuk a megküzdési stratégiákat továbbá az aktív-passzív dimenzió mentén:
    - az aktív dimenzió cselekvést jelent (támadás vagy menekülés), mellyel igyekszünk pozitívan befolyásolni a helyzetet
    - a passzív megküzdés intraperszonális stratégia, mely nem jár a helyzet megváltoztatására irányuló cselekvéssel, és két további csoportra bontható:
      - adaptív, amennyiben az egyén belső feszültsége csökken



- nem adaptív, ez esetben tartós szorongással járhat a problémás helyzet, depresszió kialakulásának veszélyét hordozza (Kállai-Varga-Oláh, 2007).

A megküzdési stratégiák koherens szisztémát alkotnak a személyiségen belül, Oláh Attila szerint ez képezi a „*pszichológiai immunrendszert (PI)*” (2005, 85. o.). A PI egyesíti azokat a személyiségvonásokat, amelyek segítségével az egyén képes a tartós stresszhatásoknak is hatékonyan ellenállni, adekvát eszközöket használva a coping során, a személyiség egységének sérülése nélkül. A pszichológiai immunrendszert alkotó személyiségjegyek az egyént az optimizmus felé terelik, a különböző helyzetek pozitív kimenetének predesztinálásával. A PI öt, egymással összefüggő elemből álló rendszer. A kontrollképesség a megküzdési stratégiák alkalmazásának előfeltétele, mely történhet a környezeti és az intraindividuális folyamatokban egyaránt. A tanult leleményesség a leghatékonyabb megküzdési stratégia megválasztásában, és ezen keresztül a viselkedés kontinuitásában segít. A harmadik pillér a lelki edzettség, amely a cselekvés iránt elhivatottságot, tettekézséget jelöl, a passzív személet helyett, támaszkodva a kontrollképességre. A fent már említett optimizmust, valamint a koherencia érzéket szükséges még felsorolni a pszichológiai immunrendszer részeként. A koherencia érzék az összefüggések megértését jelenti, ami hozzájárul az események előre jelezhetőségéhez, így egyfajta biztonságérzetet nyújt (Oláh, 2005).

## ***Szorongás és coping személyiségelméletek szerinti megközelítésben***

A különböző személyiségelméletek eltérő módon közelítik meg a stressz kialakulásának folyamatát.

### **A pszichoanalitikus irányzat**

A pszichoanalitikus irányzat szerint a személyiség egészséges működéséhez szükséges az id, az ego és a szuperego egyensúlya. Szorongás alakul ki, ha a három alkotóelem nincs összhangban. Freud szerint reális szorongásról beszélünk, ha a külvilágból jön a veszély. Neurotikus szorongás esetén az én attól fél, hogy az ösztönén késztetéseit nem tudja kontroll alatt tartani. A morális szorongás a felettes ént alkotó normák megsértésével járó cselekedet vagy

gondolat (Kopp-Berghammer, 2009).

Anna Freud a pszichoanalízis egyik céljaként fogalmazza meg az elhárító mechanizmusok megfigyelését, tanulmányozását a terápia során. Az elhárító mechanizmusokat az én az ösztönéből érkező szorongáskeltő impulzusok leküzdésére használja. A szerző 10 elhárító mechanizmust sorakoztat fel az én védelmében: regresszió, elfojtás, reakcióképzés, izoláció, meg nem történté tétel, projekció, introjekció, önmaga ellen fordulás, ellentétbe fordítás és szublimáció (1994). Az elhárító mechanizmusok tudattalanul működnek, és amennyiben hatékonyak, megakadályozzák negatív érzések bejutását a tudatba, ezáltal a szorongást minimalizálják (Kopp-Berghammer, 2009).

### **A behaviorista szemlélet**

Az amerikai John B. Watson által megteremtett behaviorista megközelítés szerint a személy viselkedése egy tanulási folyamat eredménye, mely a személyiség-környezet kontextusban értelmezendő. Ez a nézőpont nem foglalkozik az egyén belső történéseivel, vagyis az introspekciót, a szubjektív önvizsgálatot figyelmen kívül hagyja (Kopp-Berghammer, 2009). A behavioristák szerint a klasszikus kondicionálás a szorongás gyökere. Például egy gyermeket megbüntetik szülei, ehhez kapcsolódóan a büntetés, szorongás vegetatív tünetei is meg fognak jelenni. A szorongás büntetés nélkül is megjelenhet, vagyis feltételes válasszá válhat, ha a viselkedés összekapcsolódik a büntetés feltétlen ingerével, így a szorongás feltételes válasszá válik (Atkinson-Hilgard, 2005).

### **A kognitív megközelítés**

A kognitív pszichológia nézőpontjából tekintve az érzelmek és a hozzájuk kapcsolódó vegetatív tünetek kialakulását megelőzi a kognitív kiértékelés (Eysenck-Keane, 2003). Lazarus (1982) közleményében amellett érvel, hogy az érzelmek kialakulása az organizmus és a környezet kölcsönhatásának eredménye, melyben döntő jelentősége van az érzelmek kognitív feldolgozásának. Munkájában vitába száll Zajonc (1980) elméletével, aki szerint az érzelmek a kognitív folyamatoktól függetlenül is keletkezhetnek, nem szükséges, hogy az érzelmeket tudatos feldolgozás előzze meg. Lazarus (1982) ezzel szemben a kognitív kiértékelést tartja elsődlegesnek az érzelmek kialakulásában, mely szükségszerűen az



érzelmi reakció kialakulás előtt történik.

Az énsémát a számunkra legfontosabb viselkedésbeli elemek alkotják. Alapvetően befolyásolja az információfeldolgozás folyamatát és a környezettel való viszonyunkat (Atkinson-Hilgard, 2005). Az énséma szerepet játszik az értékelési folyamatokban, így a stresszkeltő eseményekkel való megküzdést is meghatározza (Hajnal-Rózsa, 2009).

### **A humanisztikus iskola**

Rogers szerint szorongás akkor alakul ki, ha az egyén tapasztalatai, érzései nincsenek összhangban énfogalmával. Minél több disszonáns érzést él meg a személy, annál nagyobb a kontraszt a valóság és az énkép között, ez akár súlyos szorongáshoz vagy érzelmi zavarokhoz vezethet. A jól alkalmazkodó egyén énképe kongruens vágyaival, gondolataival, érzéseivel. Szintén szorongást kelt az „énideál” és a „reális én” közötti különbség. Rogers az inkonzisztenciák oki tényezőjét a feltétel nélküli elfogadás fogalmán keresztül ismerteti. Elmélete szerint az ideális érzelmi működés alapja az, ha már gyermekkortól megéljük a feltétel nélküli elfogadást szüleinktől.

### **Az evolúciós megközelítés**

Charles Darwin nyomán alakult ki, alapgondolata, hogy a viselkedést evolúciós tényezők határozzák meg és befolyásolják. Wilson a viselkedést a növény- és állatvilágban ismert környezethez való alkalmazkodás eredményének tartja. Nincs tökéletesen alkalmazkodott organizmus, mivel a környezet közel minden paramétere folyamatosan változik, mely gyakran kiszámítható (pl.: nappal és éjszaka váltakozása), de bizonyos esetekben nem periodikus, váratlan körülményekhez való alkalmazkodásra van szükség. A szerző a szociális viselkedést a túlélés és a reprodukció érdekében, a változó környezethez való alkalmazkodás eszközeként írja le (1975).

Az egyes megközelítések arra engednek következtetni, hogy a stressz és a vele való megküzdés életünk velejárói.

### ***A stressz és a nem megfelelő coping stratégiák következményei az egészségre***

Az ember-környezeti döntéseméleti modell szerint magatartásunk

szabályozásában alapvető szerepet játszanak észlelt képességeink, a környezet felől érkező, észlelt elvárások, valamint ezek viszonya. Adott problémahelyzetben kognitívan értékeljük, képesek vagyunk-e a helyzet megoldására, ebben korábbi tapasztalatainkat is felhasználjuk. Az érzelmileg negatív, megterhelő helyzetet kétféleképpen értékelhetjük: aktivitással kontrollálható vagy kontrollálhatatlan (Hajnal-Rózsa, 2009).

A kontrollálható helyzetekben a szervezet aktivációs szintje megemelkedik, a szervezet felkészül a támadásra vagy menekülésre. Kontrollálhatónak minősített helyzetben adhatunk adaptív magatartás választ, míg nem adaptív válasz lehet az alkohol, dohányzás, szimpatikus idegrendszer által kiváltott vegetatív folyamatok (pl.: vérnyomás emelkedés).

Nem kontrollálhatónak minősített, stresszt okozó helyzetben az adaptív válasz a kognitív átstrukturálás, nem adaptív pl.: fekélybetegség, szívritmuszavar (Hajnal-Rózsa, 2009).

A modell szerint az aktivitással kontrollálhatatlannak minősített helyzetben, folyamatos negatív ingerek esetén, ha nincs az eszköztárunkban adaptív válaszra lehetőség, kialakulhat a tanult tehetetlenség, egyfajta passzív magatartás, mely depresszióban teljesezhet ki. Egy adott stresszor akár ellentétes értékelést eredményezhet két emberben, ezért a magatartásuk is jelentős különbséget mutathat. A szubjektív értékelés alapján dönti el az egyén, hogy képesnek érzi-e magát a feladat/szituáció megoldására (Kállai-Varga-Oláh, 2007). Megoldhatatlannak minősített helyzetben az egyensúly helyreállításához a kognitív átstrukturálás alkalmazható, ezáltal másképp értelmezzük az érzelmileg terhelő helyzetet (Hajnal-Rózsa, 2009).

Az ember-környezet egyensúly fenntartását szolgáló, és a kontrollvesztést megelőző tényezők:

- konstruktív, megfelelő megküzdési stratégiák
- megfelelő attitűdök
- szociális háló, társas támogatás (Hajnal-Rózsa, 2009).

A társas támogatás egészségmegőrzésben játszott szerepét Pikó Bettina is kifejtette. Kétfajta csatornán keresztül érvényesül pozitív hatása: direkt módon és pufferként. A direkt hatás a mintakövetésen, a magatartás szabályozásának a környezet általi pozitív befolyásolásán alapul. A pufferhatás a stressz megszüntetését jelenti. A társas készségek, kapcsolatok hiánya, illetve nem megfelelő működése



negatív hatást gyakorol az egészségi állapotra (Kállai-Varga-Oláh, 2007). Pikó Bettina (2005) a pozitív érzelmek, a magas érzelmi intelligenciaszint egészségvédő hatását egyaránt fontosnak tartja.

A krónikus stressz, a negatív családi háttér, az inadekvát coping stratégiák, a szociális készségek nem megfelelősége és az életesemények a depresszió kialakulásában meghatározó tényezők (Hajnal-Rózsa, 2009). A tartós kontrollvesztés következményeként kialakuló, fent említett tanult tehetetlenség, vagyis passzív elkerülő magatartás állatkísérletek eredményei alapján káros egészségügyi következményekkel jár:

- gyomor- és bélrendszeri fekélyképződés
- szívritmuszavar (Hajnal-Rózsa, 2009).

Ember esetében is hasonló folyamat indulhat el elháríthatatlan, tartós negatív ingerek esetén, pl.: gyermekkorban bántalmazó családi légkör, felnőttkorban tartós munkanélküliség. A kontrollálhatatlan helyzetekben érzett tehetetlenség, reménytelenség későbbi helyzetekben is jelentkezik (Hajnal-Rózsa, 2009). Egy 2013-ban publikált cikk szerzői a problémafókuszú megküzdési stratégiákat találták hatékonyabbnak - amíg a problémamegoldásban és a munkahelyi stressz elhárításában előbbi jeleskedik, az érzelmezőzpontú coping kedvezőtlen egészségügyi következményekkel hozható összefüggésbe (Loukzadeh-Bafrooi, 2013). Fizikai igénybevétel esetén a szervezet fokozott energiaigénye jelentkezik, ezért a pulzusszám növelésével reagál. Pszichés igénybevétel esetén a szervezet felkészül a támadásra vagy menekülésre, szintén megemelkedik a pulzusszám, a fokozott fizikai aktivitás azonban a legtöbb esetben elmarad. A szorongás tehát a szív- és érrendszeri betegségek szempontjából rizikótényező (Hajnal-Rózsa, 2009). Nem pusztán rizikótényező, de felelőssé tehető a következő betegségek kialakulásáért a krónikus stressz:

- szív- és érrendszeri problémák, kiváltó okuk többnyire szimpatikus idegrendszeri túlműködés;
- emésztőrendszeri megbetegedések (Crohn-betegség, colitis ulcerosa, irritábilis bél szindróma, egyéb emésztőrendszeri tünetek);
- az immunrendszer legyengülése, következetes autoimmun és daganatos betegségek, allergia;
- szexuális problémák;
- a légzőrendszer megbetegedései (nehézlégzés, asztma), társuló

- szorongásos zavarok, pánikbetegség, hangulatingadozás;  
• izom, ízületi megbetegedések (izomfeszülés, migrén, derékfájás) (Kállai-Varga-Oláh, 2007).

Hasonlóképpen vélekedik Selye János (1964), aki szerint a káros mértékű stressz, melyet a stresszorok következtében fellépő ún. stressz-hormonok kísérnek, betegségeket idézhet elő. Az alkohol okozta károkhoz hasonlíthatók a stressz „áldozatai”. Számos betegségcsoportot említ, melyek kísérletes munkája során összefüggést mutattak a stresszel: szív- és érrendszeri betegségek, a vese betegségei, gyulladásos betegségek, ideg- és lelki betegségek, anyagcsere-rendellenességek, rák, az általános rezisztencia betegségei. A coping stratégiák fizikai tünetekkel és az élettél való elégedettséggel való összefüggéseit Pikó Bettina (2014) tanulmánya is megerősíti. A társas támogatást igénybevevő, a pozitív, individualista, valamint a problémaelemző megoldásokat használók körében magasabb az élettél való elégedettség szintje. Ugyan csupán az utóbbi két esetben találtak kevesebb vegetatív tünetet, a társas támogatást igénybevevőknél gyakrabban fordult elő fáradtság, alvásproblémák, hát- és derékfájás, ezek a tünetek mégis könnyebben múltak és viselhetőbbnek tűntek a társas támogatás hatására. Az individualista, problémáit introvertáltan megoldó, valamint a kockázatos, szerhasználattal járó típusba sorolt résztvevők között gyakoribbak voltak a testi tünetek, valamint élettél való elégedettségük is alacsonyabb szintet mutatott.

Egészségi állapotunk minőségében tehát szerepet játszik, hogy milyen coping-ot választunk. A kóros mértékű, nem megfelelően kezelt stressz számos betegség forrása lehet, ezért nem csak individuális, de egészségpolitikai szinten is kell foglalkozni a kezelésével.

## ***Egészséglélektan***

Az egészséglélektan fogalma az egészséget három aspektusból vizsgálja – testi, lelki és társadalmi, központban a lelki egészséggel, melyet a testi és társadalmi egészség viszonylatában tanulmányoz (Straub, 2002). Az egészség feltétele a fenti három pillér, bármelyik sérülése befolyásolja a másik, vagy akár a másik kettő állapotát. Ogden (1995) szerint az egészségpszichológia azt mutatja meg, hogy mely tényezők segítik elő az egészség megőrzését, fejlesztését. A pozitív pszichológia az egyéni és közösségi jóllétet helyezi a középpontba,



különös tekintettel a kora gyermekkori védőfaktorokra, amelyek a lelki rezisztencia kifejlődésében játszanak szerepet (Pikó, 2005). Az egészségfejlesztés fogalma a prevenció fontosságát hangsúlyozza az egészségmagatartás, az életmód eszközét használva. Alkalmazásához szükséges az egészségtudatosság – az egészségről az egyén számára rendelkezésre álló információk és az egészségi állapot folyamatos felmérése – is. A pozitív pszichológia tehát az egészség megőrzésében és fejlesztésében az egyént, mint aktív cselekvőt vizsgálja, aki felelős saját egészségéért, elősegítve további kutatási intenciók megvalósulását az egészségvédő faktorok azonosítása érdekében.

## ***Egészségkultúra***

Az egészségmegőrzéssel kapcsolatban fennálló attitűd és magatartási mintázat fontos eleme egészségi állapotunknak, és kialakulásában szerepet játszanak az oktatási intézmények is, mint azt a következő részben láthatjuk.

Az egészség fogalma a kultúra keretein belül értelmezendő, és minden esetben figyelembe kell venni a szocio-ökonómiai tényezőket is. A jövedelmi helyzet nagyban befolyásolja az egészségmagatartást, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést, de önmagában nem elegendő az egészségkultúra definiálásához (Napier, 2014).

Az iskola fontos színtere a szocializációnak, melynek részét képezi egy ún. „rejtett tanterv” (Szabó, 1988), melyben megjelenik az iskola által nyújtott tárgyi és személyi környezet egyaránt. Az iskola továbbadhatja az egészséges életvitelhez szükséges magatartásmintákat és készségeket (Oktatási Minisztérium, 2004).

## ***A pedagógusokat érintő stressz, coping stratégiáik és az egészségi állapotuk***

1991-es Staffordshire-i eredmények arra mutatnak rá, hogy az 588 bevont középiskolai pedagógus a megelőző 1 évben milyen megküzdési stratégiákat alkalmazott. A tanárok közel 42%-a választja a magasabb óraszámú testmozgást, 15,8%-uk növeli a hobbik iránti elkötelezettségét, összességében az adekvát megküzdési stratégiák alkalmazása dominál, azonban közel 20% visz be szervezetébe emelt dózisban alkoholt vagy nikotint, stresszt okozó helyzet megoldására



(Chambers-Belcher, 1993). Egy évvel később, szintén angol, Keele-ben publikált, 385 középiskolai tanár bevonásával készült study alapján a tanárok 13%-a dohányzik, 14% fogyaszt az ajánlott mennyiséget túllépő mértékű alkoholt (Chambers, 1992).

A pedagógusok, mint a humán szféra dolgozói fokozott veszélynek vannak kitéve a kiégés tekintetében, mert munkájuk során folyamatos interakcióban vannak más emberekkel, a személyiségükkel dolgoznak, mely érzelmileg állandó igénybevételt jelent. Nagymértékű érzelmi bevonódás jellemzi munkájukat, ugyanakkor visszajelzések a munka sikeréről ritkán történnek, ami kimerüléshez, az empátia elvesztéséhez vezethet. A kiégés részét képezi továbbá a negatív énkép megjelenése, motivátlanság a munka iránt, a munkateljesítmény csökkenése, magánéleti problémák társulása, társas kapcsolati problémák. A humán szférában nagy arányban dolgozó nők speciális csoportját jelentik a kiégés által veszélyeztetetteknek. A nők nem pusztán hivatásuk, hanem szerepkonfliktus miatt is a kiégés áldozatává válhatnak (Petróczi, 2007a). Hazai kutatási eredmények (Petróczi, 2007b) szerint a megkérdezettek 65%-a foglalkozott már a pályaelhagyás gondolatával. A megkérdezettek jelentős százaléka érzi úgy, hogy az intézmény vezetése felől érik stresszhatások, legnagyobb problémát az önálló ötletek megvalósíthatóságának hiánya (70%) jelenti. A munkahelyhez kötődő személyközi kapcsolatok, a munkamegosztás, munkafegyelem, a munkakörülmények, is feszültséget jelentenek a megkérdezett tanárok számára. A tudás, jártasság hiánya, valamint a self-észlelés (gyermekekért érzett felelősség, hibátlan teljesítmény elvárása, a hibától való félelem) szintén negatívan hatnak a tanárok stressz-szintjére. Egy 2006-ban publikált, 614 tanár bevonásával készült tanulmány eredményei szerint a pedagógusok önértékelése megfelel, és kismértékben fölötte van az átlagpopulációnak. Depressziós tüneteik az átlagpopulációhoz képest kevésbé vannak jelen. Összességében a pedagógusok mentális állapota hasonló, sőt kedvezőbb értékeket mutat Paksi-Schmidt eredményei alapján az átlagpopulációhoz képest, azonban körükben kevésbé jellemző a homogenitás, a demográfiai tényezőkkel való összefüggés is kisebb mértékben azonosítható. Összefüggést találtak azonban az adott iskolán belüli sajátosságok és a pedagógusok mentális tényezői között (Paksi-Schmidt, 2006).

A fenti vizsgálatnál jóval kisebb (87 elemből álló) mintán végzett elemzés szintén megerősíti a fentiekben leírtakat, tehát a lelki egészség



megőrzésében kulcsfontosságú a munkahelyi környezet, a munkavállalót érő stressz, esetünkben az oktatási intézmény. A legnagyobb mértékben a kiégést befolyásolja a munkahely, a depressziót jelző tünetek jelenléte függhet más életeseményektől, személyes eseményektől is, nem köthető közvetlenül a munkahelyi tényezőkhöz. Mint arra fentebb utaltam, pozitív visszajelzéseket egy humán szférában dolgozó viszonylag ritkán élhet meg, Salavecz Gyöngyvér és munkatársai (2006) is azt találták, hogy az erőfeszítés és a jutalom nincs egyensúlyban. A túlvállaló magatartás és az énhatékonyság befolyásolja a kiégés és a vitális kimerültség kialakulásának esélyét. Hasonló következtetésre jutott a 2016-ban publikált, 336 pedagógus bevonásával készült elemzés is, miszerint a munkahelyi követelmények mértékével egyenesen arányosan növekszik a kiégés veszélye. A kutatás megállapításai közé tartozik továbbá, hogy a kiégés változóin (pl.: személyes fejlődés lehetősége, munkavégzés feletti kontroll, érzelmi megterhelés) kívül a középiskola típusától is függ a kiégés mértéke. A szakközépiskolában tanítók kiégés pontszáma volt a legmagasabb, amit a szerzők az érettségi tárgyak magasabb számának és a diákok alacsonyabb motivációjának, mint a tanárookra ható, motivációs tényezőt csökkentő faktorának tulajdonítanak (Szabó-Jagodics).

### ***Egészségmagatartás – mit tehetünk önmagunkért?***

Az eddigiekben érintőlegesen már szoltam az egészségmagatartásról, de fontosnak tartom külön fejezetben való ismertetését, hogy jelentősége jól látható legyen - a szakirodalom jeles képviselői tollából. Az egészségügyi világszervezet az egészséget a következőképpen definiálja: *„Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”* (WHO, é.n.) Marc Lalonde (1981) kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter 1974-ben született, korábban már említett, és véleményem szerint a mai napig releváns jelentése szerint az egészségi állapotot az alábbi 4 tényező befolyásolja:

- biológiai tényezők (pl: genetikai adottságok, életkor)
- környezet (olyan tényezők, amelyek felett az egyénnek nincs, vagy kevés hatalma van)
- életmód (pl.: káros szenvedélyek, táplálkozás, sport)
- egészségügyi ellátó rendszer (pl.: szolgáltatásokhoz való hozzáférés, humán erőforrás az egészségügyben).

A fent megnevezett dokumentumban az ún. „Health Field Concept”



szerint az életmódot Lalonde így határozza meg: „*az egyén azon döntéseinek összessége, amelyek befolyásolják egészségi állapotát, és amelyek felett többé-kevésbé befolyással bír.*” (1981, 32. o.) Lalonde (1981) szerint a prevenció nem pusztán az egészségi állapot javulását eredményezheti, hanem az egészségügyi ellátórendszer kurációra fordított költségeinek csökkentése által lehetőség nyílik az egészségügyi szolgáltatások és intézmények bővítésére. Írásában a miniszter a biológiai tényezők, a környezeti tényezők és az életmód területeire vonatkozó, preventív intézkedések megtételében látja az egészségügyi ellátás színvonalának javulását.

Harris és Guten 1979-es definíciója szerint egészségvédő viselkedés „*minden olyan viselkedés, amelyet a személy azzal a céllal végez, hogy védje, elősegítse vagy fenntartsa egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e.*” (30.o.)

Sarafino és Smith 1990-es könyvében kifejtette az egészségi állapot és az egészségmagatartás demográfiai okait. Kutatási eredmények alapján a szociokulturális tényezők fordított összefüggést mutatnak az egészségi állapottal és az egészségmagatartással (az afroamerikai és spanyol többségű csoportok is kedvezőtlenebb tényezőkkel bírtak ezen a téren). Az életkor az egészségmagatartás kialakulásának szempontjából meghatározó tényező. Prenatális korban az anya egészségre ártalmas magatartása (alkohol, drog, dohányzás) évekre vagy akár a baba egész életére károsíthatják egészségét. Gyermekkorban alakul ki számos, egészségmegőrzéssel kapcsolatos szokás, például a táplálkozás, testmozgás, fogápolás iránti attitűd. A pubertás alatt alakul ki a baleset-megelőzéssel kapcsolatos magatartás, a káros szenvedélyekkel, például dohányzással, drogokkal kapcsolatos attitűd, a szexuális elővigyázatosság. A korai felnőttkorra az egészségmegőrzéssel kapcsolatos szokások jórészt rögzülnek, és a legtöbb esetben betegség (leginkább szívbetegségek és rák) kialakulása hatására változnak.

## ***A modern homo sapiens: homo sedentarius – az ülő életmódú ember***

Az ember fizikai aktivitása drasztikusan lecsökkent napjainkra élettanilag veszélyes mértékben. A modern mai ember fizikai



aktivitása a 2 millió évvel ezelőtti homo ([lat.] = ember)<sup>98</sup>-hoz képest radikálisan lecsökkent. Az emberiség legnagyobb része nem vadászik, művel földet, épít házat, menekül a zord időjárás vagy a ragadozók elől, vezet ütközeteket, és nem kell fizikai erőfeszítéseket tennie biztonsága megteremtése érdekében sem. Az urbanizáció hatalmas méreteket öltött: több mint az emberiség fele városban lakik, és ez az arány folyamatosan növekvő tendenciát mutat. A városi lakosok a mezőgazdaságban dolgozókkal ellentétben 10-15 órát töltenek ülve, majdnem minden napi tevékenységünk megvalósítható széken ülve. Az ipari forradalom, a civilizáció hatására a mai, passzív embert homo sapiens helyett „homo sedentariness”-nek vagy „homo sedentarius”-nak (sedentarius [ang.] = ülve dolgozó)<sup>99</sup> nevezi cikkében. A túlzott mértékű ülést a dohányzás káros hatásait is felülmúlónak minősíti Levine (2014), káros hatásai a következő formákban jelentkeznek:

- elhízás;
- az anyagcsere rendellenességei;
- szív- és érrendszeri megbetegedések;
- rosszindulatú daganat kockázatának növekedése;
- pszichés problémák.

A spanyol szerzőpáros, Marcela Gonzáles-Gross és Agustín Meléndez, 2013-as cikkében szintén az aktív életmód pozitív élettani hatásait emeli ki. A rendszeres testmozgás csökkenti a teljes halálozási kockázatot, a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint az egyéb okból bekövetkezett halálozások kockázatát, függetlenül a súlycsökkenéstől (fizikailag aktív életet élő, túlsúlyos emberek kedvezőbb szív- és érrendszeri, valamint anyagcsere állapotot mutatnak, mint passzív obese társaik.) A mozgásgazdag életmód nem csupán az életkilátásokat javítja, de a társas kapcsolatokat is bővíti, jelentősége esszenciális az elhízás visszaszorításában is, és soha nem késő elkezdni (Gonzales-Meléndez, 2013). A fizikai aktivitás és a társas kapcsolatok rendszeressége továbbá pozitív prediktora a lelki egészség szempontjából is (Velten és mtsai., 2018). A Clinical Gastroenterology and Hepatology folyóiratban 2017-ben megjelent írás szerint, ahol 216 irritábilis bél szindrómában szenvedő beteget vontak be egy vizsgálatba, és azt találták, hogy az életmódbeli elemek pl.:

---

<sup>98</sup><https://dictzone.com/latin-magyar-szotar/homo>. Letöltve: 2018.09.30.

<sup>99</sup><https://dictzone.com/latin-magyar-szotar/sedentarius> Letöltve 2018.09.30.

testmozgás, egészségesebb táplálkozás fejlesztésével csökkentek a gasztrointesztinális panaszok és a nem megmagyarázható szomatikus tünetek gyakorisága is (Dindo-Lackner).

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők közül, véleményem szerint, az életmód az, amelyikkel az egyénnek leginkább lehetősége van dolgozni.

## **Empirikus kutatás**

Empirikus kutatásom célja, hogy feltárjam, milyen stressz hatásokkal kell szembenéznie napjainkban egy pedagógusnak, ezeket hogyan képes kezelni, milyen megküzdési stratégiákat alkalmaz. Kérdés, hogy egészségi állapotának megőrzését és fejlesztését mennyire helyezi előtérbe, és milyen lépéseket tesz érte? Milyennek érzi egészségi állapotát, és mennyire elégedett vele?

A 79 kérdésből álló kérdőív 17 nyitott és 62 zárt kérdést tartalmaz. A kérdőív a 12, Lazarus „*Megküzdési módok kérdőív*” –éből (szerző: N/A., 2015) átvett kérdéstől eltekintve saját szerkesztés.

A kutatás során használtam nominális (pl.: nem, lakóhely, gyermekek megléte); ordinális (stresszre vonatkozó kérdések „nem jellemző”-tól a „nagyon jellemző” kategóriáig); intervallum mérési szintű (1-10-ig terjedő skála típusú kérdések); valamint arányskála típusú (vegetatív tünetek elmúlásának ideje) változókat.

## **Hipotézisek**

1. A szegedi középiskolai tanárok preventív egészségmagatartása jó egészségi mutatókkal jár együtt.
2. A szegedi középiskolai tanárok preventív egészségmagatartása kevésbé tudatos.
  - a) A szegedi középiskolai tanárok körében alacsony a rendszeres sporttevékenységet űzők aránya.
3. A szegedi középiskolai tanárok körében alacsony a tudatosan táplálkozók aránya. A szegedi középiskolai tanárok körében a magasabb szubjektív stressz érzékelés és ezzel együtt jelentkező nem megfelelő megküzdési stratégiák együtt járnak a pszichés és/vagy gasztrointesztinális betegségek gyakoribb előfordulásával.
4. A szegedi középiskolai tanárok megküzdési stratégiái jellemzően érzelmközpontúak.



## **Mintavétel**

Olyan alapsokaság megválasztása volt indokolt, amely homogén és könnyen elérhető alanyokat tartalmaz. Azért esett a pedagógusokra a választásom, mert ők minden felnővekvő generáció életében jelentős szerepet játszanak, értékhordozók és referenciaszemélyek, akik nélkül nem képzelhető el az oktatás folyamata.

Az adatgyűjtés részben személyes lekérdezéssel történt online kérdőívvel az önkitöltés módszerével vitték be az adatokat a kérdőívbe.

Az elkészült adatbázist Microsoft Excel és SPSS programok segítségével elemeztem. Ezt követően a hipotézisekben leírt összefüggéseket vizsgáltam, és igyekeztem egyéb, a hipotézisekben nem ismertetett nóvum kapcsolatokat feltárni a változók között.

## **Eredmények**

### **Demográfia**

A résztvevők (79 fő) nemi eloszlása a nők nagyobb aktivitását mutatta (46 nő, 33 férfi), átlagéletkoruk 47,3 év. Több mint kétharmaduk egyetemi, egyharmaduk főiskolai végzettséggel rendelkezik, tudományos fokozata 2 válaszadónak van. Lakóhelyüket tekintve a minta legnagyobb része megyeszékhelyen, megyei jogú városban lakik, mindössze 7 fő jelölt meg más várost, községet vagy tanyát. Családi állapotuk az esetek több mint felében házas, 13 válaszadó élettársi kapcsolatban él, közel ugyanennyi hajadon/nőtlen, 5 elvált, és mindössze 1-1 fő özvegy vagy él különváltan.

Három főcsoportot hoztam létre az iskolatípus szerint:

1. gimnázium,
2. szakközépiskola,
3. szakiskola.

A gimnázium csoportban 28 válasz került rögzítésre, 30 szakközépiskolai tanár vett részt a kutatásban, valamint 21 szakiskolai pedagógus.

A kutatásban résztvevőket megkérdeztem, milyen tantárgyat tanítanak, a válaszokat 11 csoportba soroltam. Legnagyobb számban szakmai tárgyakat tanítanak a résztvevők (24 fő), 15-en természettudományi tárgyat, 11 tanár idegen nyelvet, 8 fő a történelem, társadalomismeret területén oktat, 7 magyar nyelv és

irodalom szakos tanár válasza érkezett be, 5-en testnevelő tanárok, 3-3 művészeti készségtantárgyat és informatikát, valamint 1-1 kommunikációt, könyvtárpedagógiát és pszichológiát tanító pedagógus is válaszolt a kérdőív kérdéseire. Tehát a minta megfelelően heterogén, érdeklődés tekintetében.

### **Család, családtípus**

A második blokkban a gyermekkori és jelenlegi családi jellemzőket vizsgáltam. A minta túlnyomó része (75 fő) kétszülős családban nevelkedett 14 éves koráig, mindössze 4-en éltek egy szülővel. A szülők válásának tekintetében is hasonlóan kedvező volt a helyzet, 68 személy esetében maradtak együtt a szülők, és csak 9 válás történt. A válaszadók közül 65-nek volt testvére, 14-en egykék. Egy esetben voltak 4-en testvérek, 14 pedagógusnak volt 2 testvére és 49 esetben 1 testvérrel rendelkeztek. A családdal való kapcsolatukat a legtöbb válasz alapján kiegyensúlyozottnak értékelték (60 válasz), 19-en érezték konfliktusokkal terheltnek.

A következő kérdés a gyermekkori családban a szülők függőségére vonatkozott. Minden negyedik válaszadó olyan családban nőtt fel, ahol volt valamilyen függősége egyik vagy mindkét szülőjének. Közülük kilenc esetben egy káros szenvedéllyel küzdött a szülőpár, hét esetben kettő, és három olyan tanár volt, akinek két szülője három addikcióval élt.

### **Elégedettség**

Ebben a kérdéscsoportban arra kerestem a választ, hogy milyen mértékben elégedettek a megkérdezett szegedi középiskolai tanárok életükkel és annak egyes aspektusaival. Fontosnak tartottam a témaválasztás szempontjából a szubjektív boldogságérzet feltérképezését, illetve azt, hogy milyen tényezők befolyásolhatják azt. Az értékek meghatározására skála-típusú (1-10) kérdéseket használtam. Az élettél való elégedettség és a boldogságérzet is 3 és 10 közötti értékeket vett fel a megkérdezettek körében. A kérdések között szerepelt még a háztartás anyagi helyzetével, a munkahelyi közösségben és a családban elfoglalt hellyel való elégedettség is.

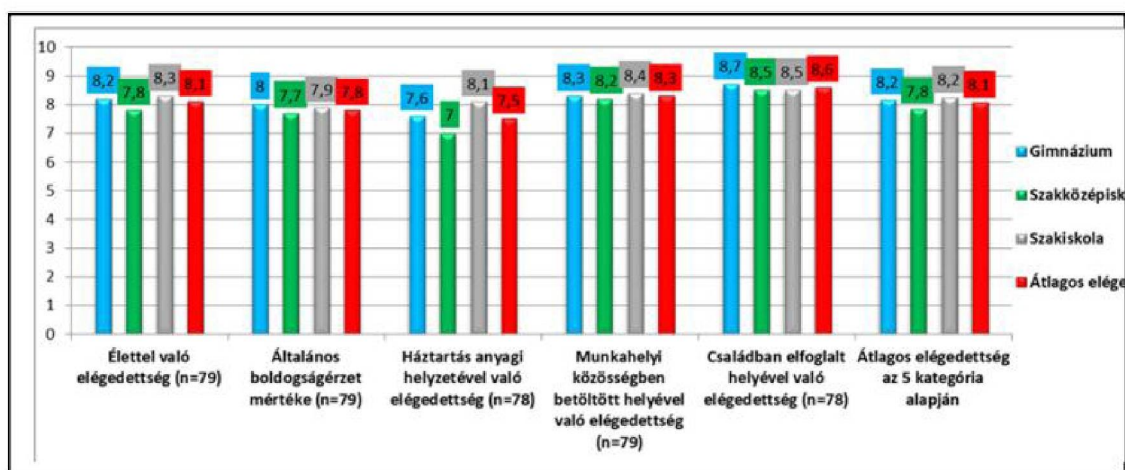
Általánosságban elmondható, hogy a megkérdezettek a családban betöltött szerepükkel a legelégedettebbek (átlag: 8,6), és a háztartás anyagi helyzetével a legkevésbé: 7,5 volt az átlagos érték. A boldogságérzet középértéke a mintában 7,8, az élettél való



elégedettségé 8,1. Az iskolatípusok tekintetében enyhe különbség mutatkozik mind az öt kategória esetében. A szakközépiskolában tanító pedagógusok a legkevésbé elégedettek az életükkel, a háztartásuk anyagi helyzetével, a munkahelyi közösségben betöltött szerepükkel, és esetükben a legalacsonyabb a boldogságérzet jelzőszáma is átlagosan, a családban elfoglalt helyet illetően a szakiskolában dolgozókkal azonos az érték (8,5) (1. sz. ábra).

1. sz. ábra

### Átlagos elégedettség



Az is érdekelt továbbá, hogy azok a pedagógusok, akik 8 alattinak értékelték boldogságérzetüket, melyik évben adtak volna meg 8 és 10 közötti értéket. Tizenkilenc válaszadó tartozott ebbe a csoportba. 1970 és 2017 közötti évszámokat közöltek a kevésbé boldog pedagógusok. Az intenzívebb boldogságérzet kiváltó tényezőjeként a következő okokat jelölték meg: aktív művészeti tevékenység, házasság, gyermek születése, utazások, családi ünnepek, másik munkahely, jobb lakáskörülmények, karrier lehetőségek.

A munkahelyi közösségben elfoglalt hely tekintetében általában elégedettek az válaszadók, 15-en perifériára helyezték magukat, 63-an központi helyet foglalnak el, de a pozíció mindkét csoport számára megfelel (8,3; 8,4).

## Stressz

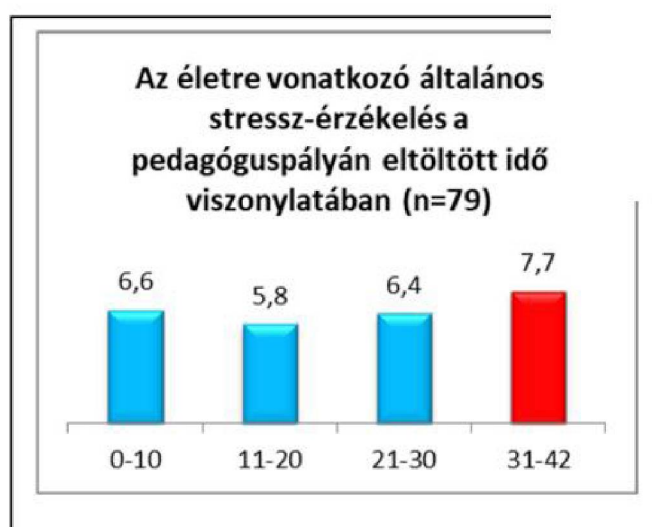
Ebben a blokkban arra voltam kíváncsi, hogy milyen a szubjektív

stressz érzékelése az általam megkérdezett szegedi középiskolai tanároknak. Az életük mely területei keltenek bennük feszültséget, illetve stresszkeltő helyzetben tapasztalnak-e vegetatív tüneteket, és ha igen, ezek milyen jellemzőkkel bírnak. Az életre általánosságban vonatkozó stressz érzékelést és a stresszes típus szerinti önbesorolást is 10 fokú skálán vizsgáltam. Az átlagos érték a 79 válasz alapján 6,5 és 5,4. A pedagógusként eltöltött évek tükrében 4 csoportot alkottam (0-10, 11-20, 21-30, 31-42). A legmagasabb számokat a legrégebben tanító tanárok jelölték be, vagyis a 31-42 éve a pályán lévő. Az ő átlagos stressz szintjük 7,7 volt, a második legstresszesebbnek a 0-10 évet pedagógusként dolgozók, vagyis „kezdők” érezték életüket (átlagban 6,6) (megjegyzés: a 0-10 éve tanítók mindegyike a gimnáziumi csoportba tartozik), a köztes két csoport átlagai 5,8 és 6,4 (2. sz. ábra).

Arra a kérdésre, hogy mennyire tartják önmagukat stresszes típusnak, szintén a legrégebben a pályán lévőktől érkeztek a legmagasabb számok (átlagban 6,1), őket követik a 0-10 éve tanítók (5,5) (3. sz. ábra). Következésképpen a legrégebb óta pedagógusként dolgozók érzik életüket és önmagukat legstresszesebbnek, őket követik a „kezdők” (0-10 év), és a legalacsonyabb értékekről a 11-20 éve tanítók számoltak be stressz tekintetében.

2. sz. ábra

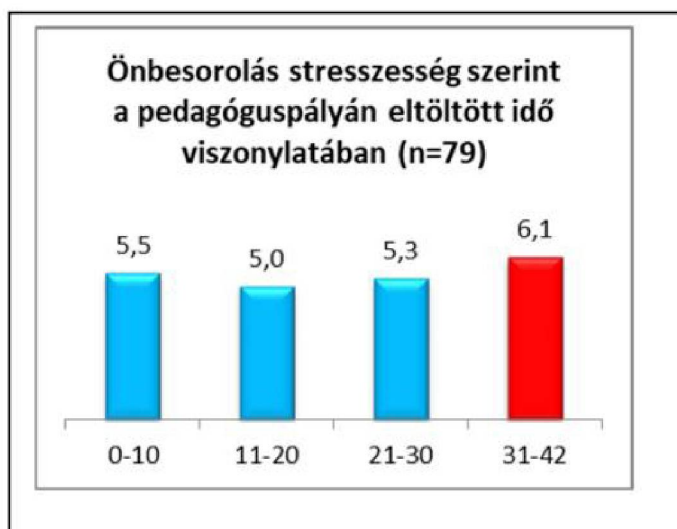
Az életre vonatkozó stressz-érzékelés a pedagóguspályán eltöltött idő viszonylatában (n=79)



3. sz. ábra



Önbesorolás stresszesség szerint a pedagóguspályán eltöltött idő  
viszonylatában (n=79)

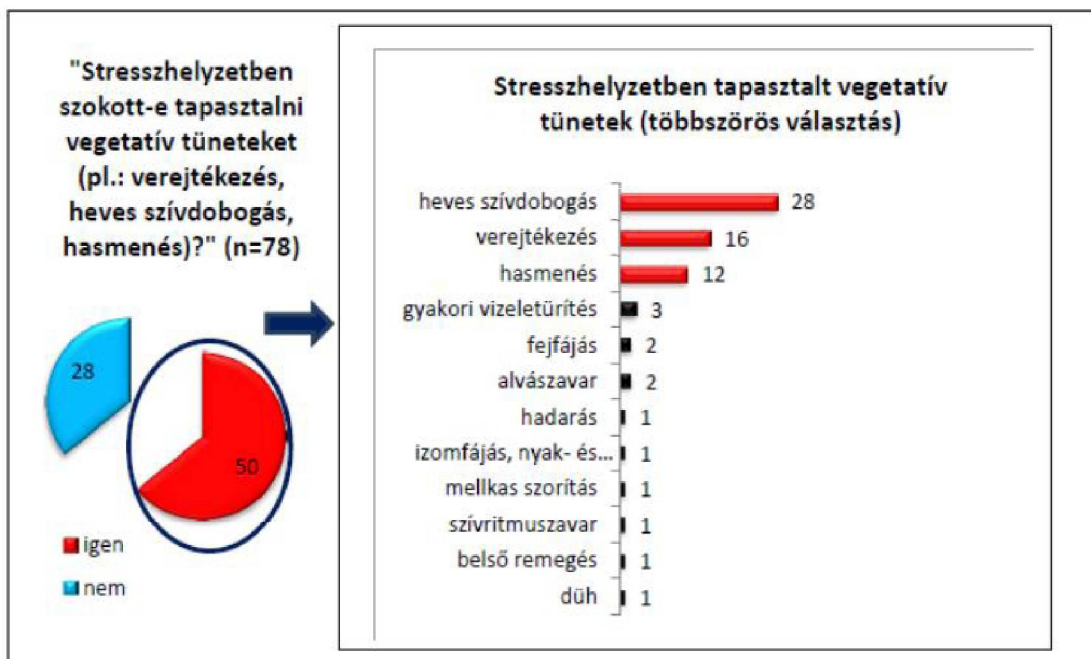


A stresszkeltő tényezőkre vonatkozó kérdés esetében 79 válaszadó közül 64 bejelölte a munkát, az egyéb családi élethelyzeteket 31-en, az ügyintézés 30-an, a gyermeknevelést 19-en, a párkapcsolatot 15-en, a továbbképzés, tanulás 8 esetben jelent meg, a szabadidős tevékenységeket 2-en, a pénzügyi helyzetet 1 válaszadó adta meg, és 2 résztvevő szerint nincs ilyen terület az életében.

Vegetatív tüneteket a válaszadók közel 2/3-a szokott tapasztalni feszültséget okozó helyzetben, leggyakrabban a heves szívdobogás fordul elő (28 esetben), illetve a verejtékezés és a hasmenés (4. sz. ábra). Az esetek 2/3-ában 1 órán belül elmúlnak az említett tünetek.

#### 4. sz. ábra

„Stresszhelyzetben szokott-e tapasztalni vegetatív tüneteket (pl.: verejtékezés, heves szívdobogás, hasmenés)?” (n=78), illetve a tünet típusok

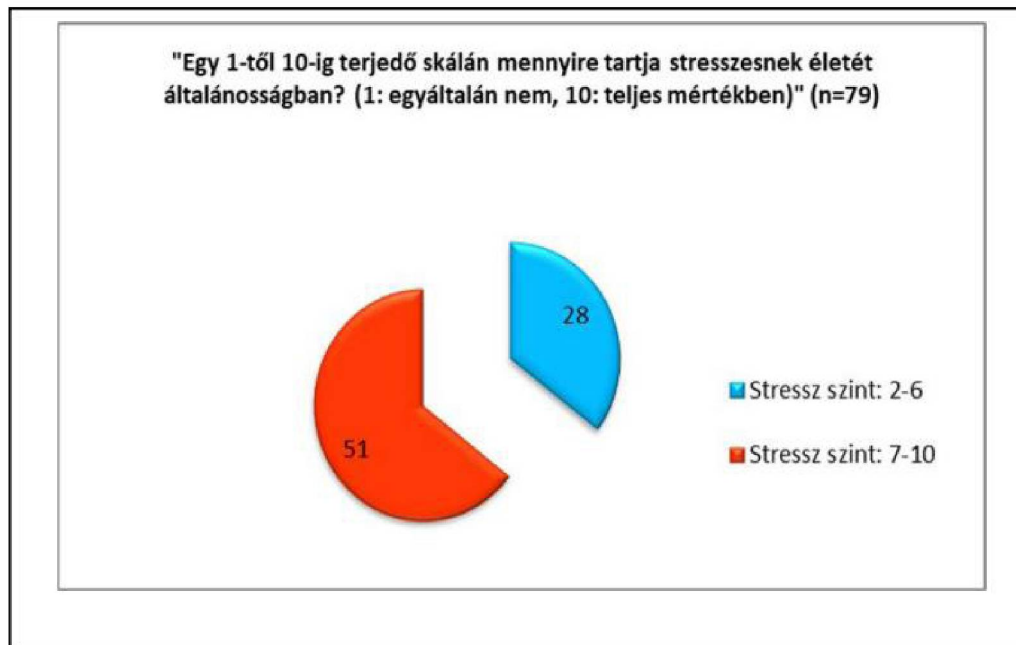


Az általánosságban tapasztalt stressz-szint a három vizsgált iskolatípust tekintve különbségeket mutatott. Ebben a kérdésben kettő kategóriát hoztam létre az alacsony és magas stressz szint elkülönítésére. Így megvizsgálva az adatbázist, azt az eredményt kaptam, hogy a válaszadók közel 2/3-a erősen stresszesnek érzi életét (5. sz. ábra). Az elégedettség-típusú kérdésekhez hasonlóan itt is a szakközépiskolai tanárok érzik magukat legkevésbé jól, az ő körükben a legnagyobb a nagyon stresszesek aránya (30/21 fő).



5. sz. ábra

Az alacsony és magas stressz szintek aránya



### **Megküzdés/I.**

Ebben a blokkban a 12 Lazarus-féle (szerző: N/A., 2015) kérdést használtam, hogy felderítsem, a problémára irányuló konfliktusmegoldás vagy az érzelmi problémamegoldás jellemzi inkább a minta alanyait, illetve az egyes csoportokat. Az eredmények arra mutatnak rá, hogy a megkérdezett tanárok körében hangsúlyosabb a problémamegoldásra irányuló eszköztár, és ez a három iskolatípus esetében sem mutat különbséget, mindhárom csoport tagjai hasonlóan erősek a probléma-centrikus megküzdési stratégiák terén (1. sz. táblázat).

1. sz. táblázat

Megküzdési típusok csoportok szerint

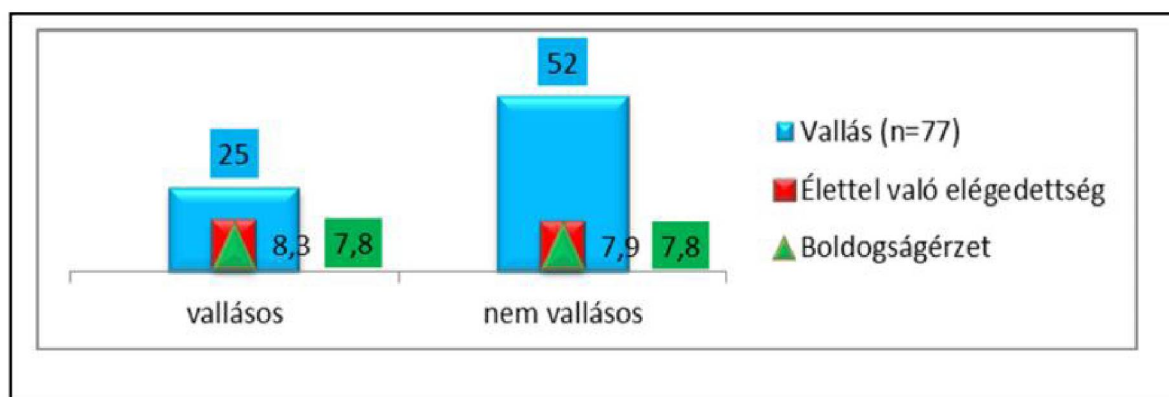
	GIMNÁZIUM	SZAKKÖZÉPISKOLA	SZAKISKOLA	ÖSSZESÍTETT ÁTLAG
PROBLÉMÁRA IRÁNYULÓ KONFLIKTUSMEGOLDÁS	2,12	2,18	1,94	2,1
ÉRZELMI PROBLÉMAMEGOLDÁS	1,4	1,3	1,1	1,3

## Megküzdés/II.

Ebben a kérdéscsoportban a feszültség-csökkentés egyéb lehetőségeit vizsgáltam a szegedi középiskolai tanárok körében. A vizsgált mintában az élettel való átlagos elégedettséget tanulmányozva árnyalatnyi különbség látható: 0,4-del magasabb a minta közel egyharmadánál, vagyis a vallásosak körében, és az átlagos boldogságérzet tekintetében azonosak az értékek a valláshoz való viszonyulás szerint (6. sz. ábra).

6. sz. ábra

Az élettel való átlagos elégedettség és az átlagos boldogságérzet a vallás viszonylatában





A társas támogató rendszerükre erőteljesen számítanak a résztvevők, a 78 válaszadóból mindössze 9 fő nem szeretné/nem tudja kivel/nincs ideje megbeszélni munkahelyi vagy magánéleti problémáit. Legnagyobb mértékben barátot/barátnőt keresnek fel (46 szavazat), illetve férjüket/feleségüket kérik meg a beszélgetésre (42 válasz), közel fele ennyien fordulnak szüleikhez, de bizalommal beszélnek gyermekükkel (15), más családtaggal (13), élettárssal (9), párjukkal (6) vagy kollégájukkal (4) is.

Közel minden ötödik (15 fő) megkérdezettnek van valamilyen káros szenvedélye, a legtöbben dohányoznak (10 fő), 2 személy a munkájához kötődik kórosan, 1 válaszadó alkoholfüggő, szintén 1 fő jelölte be a kávé és a túltáplálkozást, számítógépes játékokkal kombinálva. A káros szenvedélyek viszonylatában közel azonosak a három iskolatípus tekintetében a szakközépiskola teljesít legjobban, a gimnáziumban és a szakiskolában közel azonosak az arányok (gimnázium: 28/6; szakközépiskola: 30/4; szakiskola: 21/5). Elgondolkodtató, hogy a felsorakoztatott függőségek átlagosan 21 éve fennállnak.

### **Egészségmagatartás**

Feltételezésem szerint, a magasabb stressz szint és a nem megfelelő megküzdési stratégiák együtt járnak a pszichés és/vagy gasztrointesztinális betegségek gyakoribb előfordulásával.

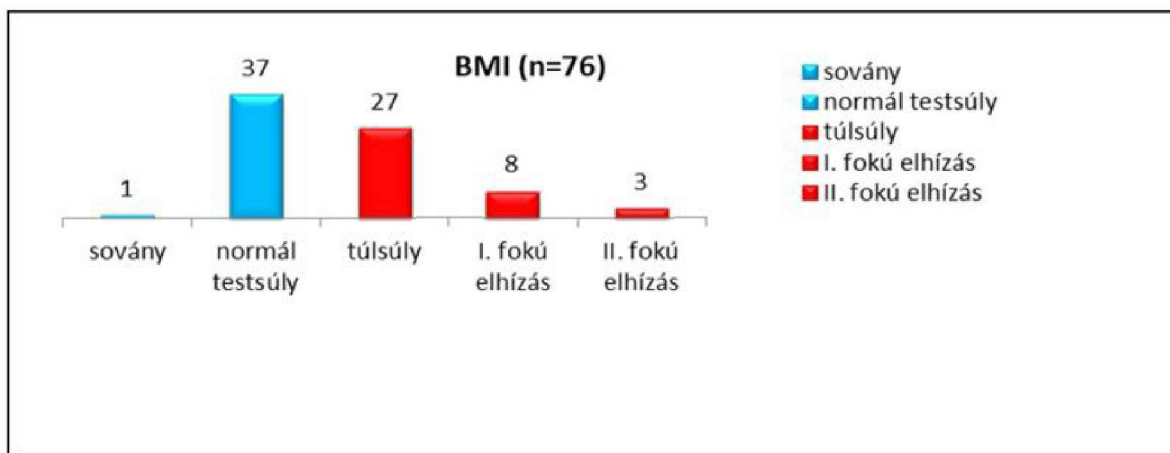
A testtömegindex (BMI) kiszámítását fontosnak tartottam az egészségmagatartás tanulmányozásánál, ezért kérdőívemben megkértem a válaszadókat, hogy adják meg testmagasságukat és testtömegüket, ami alapján a  $BMI = \frac{\text{testtömeg [kg]}}{\text{testmagasság}^2 [\text{m}^2]}$  (WHO, évszám: N/A).

A következő kategóriákat használtam a besoroláshoz:

- sovány: <18,5 kg/m<sup>2</sup>
- normál testsúly: 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>
- túlsúly: 25-29,9 kg/m<sup>2</sup>
- I. fokú elhízás: 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>
- II. fokú elhízás: 35-39,9 kg/m<sup>2</sup>
- III. fokú elhízás: >40 kg/m<sup>2</sup> (WHO, évszám: N/A).

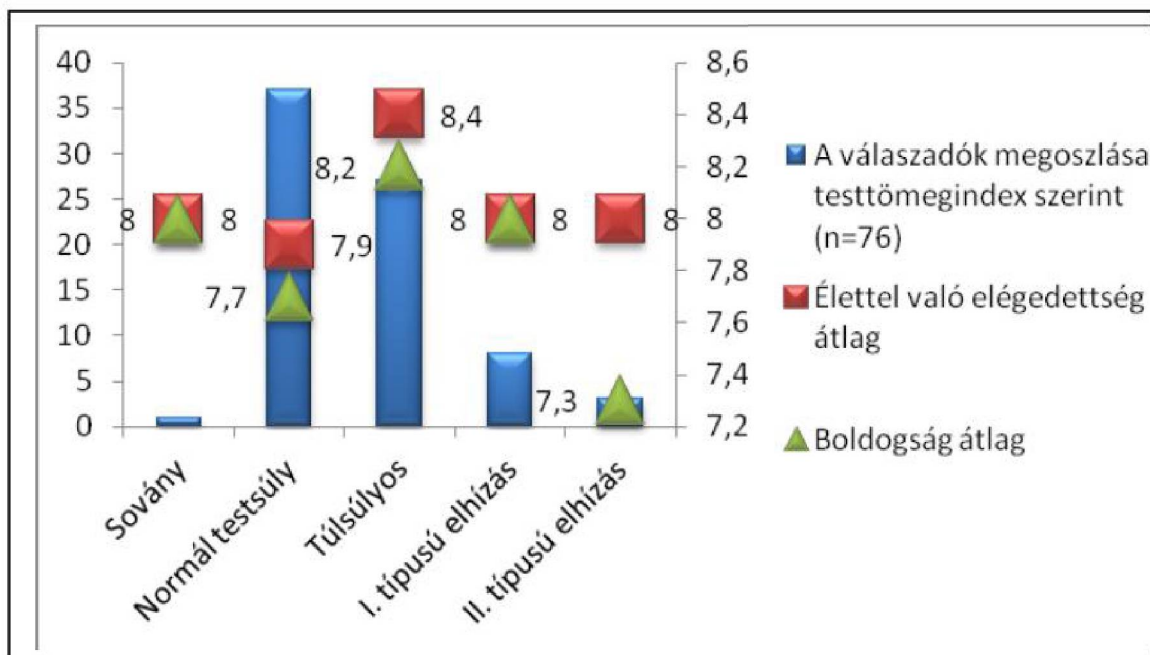
Eredményeim azt mutatják, hogy a válaszadók fele (38 fő) vagy túlsúlyos, vagy az I. illetve a II. típusú elhízás csoportba tartozik, ami aggodalomra ad okot a betegségek későbbi kialakulásának rizikófaktoraként (7. sz. ábra).

7. sz. ábra  
A testtömegindex megoszlása a vizsgált mintában



A túlsúly és az elhízás látszólag nem igazán zavarja a minta alanyait, ugyanis az élettél való elégedettség a túlsúlyos csoportban volt a legmagasabb, és a normál testsúlyúak között a legalacsonyabb, a boldogságérzet a II. típusú elhízottak kis táborában csak 7,3, de továbbra is a túlsúlyosok a legboldogabbak (8. sz. ábra).

8. sz. ábra  
A testtömegindex megoszlása a vizsgált mintában az élettél való elégedettség és a boldogság átlag viszonylatában





Az egészségmagatartás szempontjából másik fontos tényező, a rendszeres testmozgás a 78 válaszadóból 40-re jellemző, de a minta közel fele nem él ezzel a preventív lehetőséggel, ami szintén elgondolkodtató. Azért is, mert az étellel való elégedettség, a boldogságérzet és a szubjektív egészségi állapot és az azzal való elégedettség is alacsonyabb átlagpontszámot kapott a nem sportolók körében (2. sz. táblázat).

2. sz. táblázat

Az étellel való átlagos elégedettség, boldogságérzet és a szubjektív egészségi állapot és az azzal való elégedettség a rendszeres sporttevékenység tükrében

	Étellel való elégedettség	Boldogságérzet	Szubjektív egészségi állapot	Egészségi á való elége
<b>Sportol (40 fő)</b>	<b>8,2</b>	<b>8,1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
<b>Nem sportol (38 fő)</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>7,1</b>	<b>6,8</b>

Betegsége a válaszadók (n=77) közül 30-nak van, majdnem ugyanennyi a rendszeres gyógyszereszedő (n=76), és betegség miatt 7-en diétáznak. Jó hír, hogy a 77 válaszadó közül 65-en törekednek az egészséges táplálkozásra.

A kevésbé szorongók esetében (*Egy 1-től 10-ig terjedő skálán mennyire tartja magát stresszes típusnak?* 1: egyáltalán nem, 10: teljes mértékben) kérdésre 1 és 6 közötti választ adók kevesebb, mint 1/3-nál fordul elő valamilyen betegség, viszont akik többet szoronganak (válaszok: 7-10), körükben majdnem minden második pedagógusnak van betegsége.

A három fentebb vázolt iskolatípus szerint egészen hasonló adatokat kaptam az egészségmagatartást érintő kérdésekben, említésre méltó egyedül a BMI. A szakközépiskolai tanárok a legvékonyabbak (BMI átlag: 25,2), fél tizeddel magasabb a gimnáziumi tanárok testtömegindexe, és átlagosan 26,2 a szakiskolai tanároké, tehát mindhárom csoport, és így a vizsgált minta is túlsúlyos átlagban.

A vizsgált hipotézisek tekintetében a következő megállapításokat teszem:

1. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok preventív egészségmagatartása jó egészségi mutatókkal jár együtt - IGAZOLÓDOTT
2. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok preventív

egészségmagatartása kevésbé tudatos.

3. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok körében alacsony a rendszeres sporttevékenységet űzők aránya - NEM IGAZOLÓDOTT.

4. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok kevésbé tudatosan táplálkoznak - NEM IGAZOLÓDOTT.

5. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok körében a magasabb szubjektív stressz érzékelés és ezzel együtt jelentkező nem megfelelő megküzdési stratégiák együtt járnak a pszichés és/vagy gasztrointesztinális betegségek gyakoribb előfordulásával - IGAZOLÓDOTT.

6. A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok megküzdési stratégiái jellemzően érzelmeközpontúak - NEM IGAZOLÓDOTT.

## **Összegzés**

Vizsgálatomat azzal a céllal folytattam le, hogy felhívjam a figyelmet kincset érő bázisunk, az egészség megőrzésére, fejlesztésére, és az eszközökre, melyek a kezünkben vannak a megvalósításhoz. Célcsoportként a pedagógusok példamutató társadalmát választottam, hiszen minden tinédzser korba lépő fiatal rövidebb-hosszabb időszakokra kapcsolatba kerül a tudás és értékek átadóival, és egy életre magával viszi a bensővé tett attitűdöket, viselkedési mintázatokat. De hogyan élnek ők? Boldogok, elégedettek-e? Mennyire viseli meg őket a napi stresszterhelés, van-e idejük regenerálódni, preventív lépéseket tenni?

Az elemzésre kerülő adatbázis a minta 79 alanyának a kérdőív 79 kérdésére adott válaszai által jött létre, 5 szegedi középiskola tanáraiból. A mintában a nemek aránya a nők felé mozdul el, ez megfelel a körükben átlagosan megfigyelhető arányoknak (Hagymásy-Könyvesi [szerk.], 2017). A válaszadók több mint kétharmada egyetemi diplomával rendelkezik, családi állapotuk az esetek több mint felében házas.

A megadott iskolatípusok alapján három kategóriát hoztam létre: gimnázium, szakközépiskola és szakiskola. A minta szakmai érdeklődés tekintetében változatos, a legtöbben szakmai tárgyakat oktatnak, de számtalan tantárgy felsorakoztatásra került.

Családi viszonylatban azt találtam, hogy a kétszülős modell a vizsgált



pedagógusok gyermekkorának jellemzője volt, kevés válással. Alig található közöttük egyke, leginkább kétgyermekes családban nőttek fel. Közel minden negyedik tanár konfliktusokkal terheltnek érezte gyermekkorát. Ugyanilyen arányban voltak megtalálhatóak a függőségek a családokban, de ez látszólag nem befolyásolta, hogy mennyire érezték kiegyensúlyozottnak a családi életet gyermekként. Az elégedettségre és boldogságra vonatkozó kérdésblokkban 7 alatti átlagok nem mutatkoztak. Az anyagi helyzet zavarja legjobban a pedagógusokat. Ez utalhat arra, hogy a szakmai teljesítményük tükrében nem érzik megfelelőnek az összhangot a kompenzációs rendszerrel, ami feszültség forrás lehet. A család egy olyan légkör, ahol elégedettek, boldogok, az erőforrásaik újtermelődésében fontos helyszín. A vallásosak körében árnyalatnyival, de magasabbak az élettel való elégedettség értékei. A válaszadók közel negyede 8 alattinak értékelte általános boldogságérzetét, és volt olyan is, aki több mint 40 évvel ezelőtt érezte magát utoljára ennél boldogabbnak. Általánosságban a szakközépiskolai tanárok a legkevésbé boldogok/elégedettek.

Az adatok arra mutatnak rá, hogy a pedagóguspályán eltöltött hosszú idő a szubjektív stressz szint emelkedett értékeit hozza magával, és a legrégebben a pályán lévők érzik magukat a legstresszesebb típusnak is, ugyanakkor figyelemreméltó, hogy a második legnagyobb stressz-terhelésnek a „kezdők”, vagyis a 0-10 éve tanítók vannak kitéve. A válaszadók legnagyobb része számára stresszkeltő tényező a munkája. A feszültséggel teli helyzetek a válaszadó többsége számára kellemetlen tünetekkel járnak, viszont viszonylag gyorsan eliminálódnak.

A boldogság- és elégedettségérzés viszonylag magas értékei mellett érdemes megfigyelni a stressz-kérdésekre adott válaszokat, ugyanis a minta pedagógusainak közel 2/3-a erősen stresszesnek érzi életét. A boldogság- és elégedettségérzettel összhangban a megélt stressz mutatója is a szakközépiskolai tanárok körében a legkedvezőtlenebb, úgy tűnik, ők érzik magukat legkevésbé jól.

Összességében a minta alanyai a konstruktív, problémára irányuló megküzdést használják, iskolatípusonként is ezt mutatják az eredmények. A stressz levezetésében szinte minden válaszadó használja társas támogató rendszerét, jellemzően barátához/barátnőhöz, illetve házastársukhoz fordulnak problémáikkal. Iskolatípustól függetlenül közel minden ötödik

válaszadónak azonban van valamilyen káros szenvedélye, legyen az nikotin, alkohol, munka vagy más függőség.

A megkérdezett szegedi középiskolai tanárok fele túlsúlyos vagy elhízott, viszont alig több mint fele sportol heti rendszerességgel. Mindhárom iskolatípus képviselői elhízottak átlagban, legvékonyabbak a szakközépiskolai tanárok, és a legmagasabb a szakiskolai tanárok BMI-je. A testsúly tekintetében érdekes adat, hogy a normál testsúly nem jelenti a boldogságérzet és az élettél való elégedettség növekedését, ugyanis mindkét mutató a körükben a legalacsonyabb, ugyanakkor túlsúlyos kollégáiknál a legmagasabb. A sportolók viszont elégedettebbek életükkel, boldogabbak, és egészségi állapotukat is jobbnak érzik. Az egészséges táplálkozást könnyebben kivitelezhetőnek látják, mint a testsúly kordában tartását és a rendszeres sporttevékenység irányába tett erőfeszítéseket, a legtöbben egy vagy több szabályt igyekeznek betartani az egészséges táplálkozásért.

A betegségek az erősen stresszesek körében nagyobb arányban fordulnak elő, mint a kevésbé szorongók esetében.

## Irodalom

Atkinson, Richard C. - Hilgard, Ernest: Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 2005. p. 524.

Chambers, Ruth – Belcher, John: Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *British Journal of General Practice*, September 1993, 378-382.

Chambers, Ruth: Health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Occupational Medicine*, Volume 42, Issue 2, 1 January 1992, 69–78.

Compas, Bruce E.: Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101/3, p. 393-403, 1987.

Darwin, Charles: On the origin of species. London, Murray, 1859. *in*: Atkinson, Richard C. - Hilgard, Ernest: Pszichológia. Osiris Kiadó, Budapest, 2005.

Dindo, Lilian – Lackner, Jeffrey: Effects of different coping strategies on physical and mental health of patients with irritable bowel syndrome, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, October 2017 Volume 15, Issue 10, 1500–1503. o.



EUROSTAT: Daily smokers of cigarettes by sex, age and educational attainment level. EUROSTAT, **2014a**.  
<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Letöltve: 2018.10.22.

EUROSTAT: Life expectancy at birth, 1980-2016., 2018.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics#Life\\_expectancy\\_at\\_birth\\_increased\\_in\\_2016](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_birth_increased_in_2016) Letöltve: 2018.10.23.

EUROSTAT: Obesity rate by body mass index (BMI). EUROSTAT, 2014b.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=sdg\\_02\\_10&plugin=1](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=sdg_02_10&plugin=1) Letöltve: 2018.10.22.

EUROSTAT: Self-percieved health by sex, age and educational attainment level., EUROSTAT, 2017.  
<http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> Letöltve: 2018.10.23.

EUROSTAT: Total (recoded and unrecorded) alcohol consumption. EUROSTAT, 2015. [https://ec.europa.eu/health/alcohol/indicators\\_en](https://ec.europa.eu/health/alcohol/indicators_en) Letöltve: 2018.10.22.

Eysenck, Michael W. – Keane, Mark T.: Kognitív pszichológia. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003.

Freud, Anna: Az én és az elhárító mechanizmusok. Animula Kiadó, 1994, Budapest.

González, Marcela – Meléndez, Gross-Agustín: Sedentarism, active lifestyle and sport: impact on health and obesity prevention. *Nutrición Hospitalaria*, 28., 2013, 89-98.

Hagymásy, Tünde – Könyvesi, Tibor (szerk.): Köznevelési Statisztikai Évkönyv, Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2017.  
[http://www.kormany.hu/download/0/83/f0000/Koznevelési\\_statistikai\\_evkonyv\\_2015\\_2016.pdf](http://www.kormany.hu/download/0/83/f0000/Koznevelési_statistikai_evkonyv_2015_2016.pdf) Letöltve: 2019.01.03.

Hajnal, Ágnes – Rózsa, Sándor: Személyiség és személyiségzavarok *in*: Kopp, Mária – Berghammer, Rita: Orvosi Pszichológia. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2009.

Harris, Daniel Maxine – Guten, Sharon: Health protective behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20, 17-29. idézi KULCSÁR, ZSUZSANNA: Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998., p. 30.

Kállai, János – Varga, József – Oláh, Attila (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2007.

Lalonde, Marc: A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and ServicesCanada, 1981. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> Letöltve: 2018.11.17.

Lazarus, Richard S.: Emotion and adaptation. Oxford University Press, Oxford, 1991.

Lazarus, Richard S.: Stress and emotion. Springer Publishing Company, 1999.  
[https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=mATTP46Qlp4C&oi=fnd&pg=PR7&dq=stress+definition+lazarus&ots=n7TkvKdg0q&sig=ggvl1Z0VSd3LUkT34rw7QT9sYNA&redir\\_esc=y#v=snippet&q=exceed&f=false](https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=mATTP46Qlp4C&oi=fnd&pg=PR7&dq=stress+definition+lazarus&ots=n7TkvKdg0q&sig=ggvl1Z0VSd3LUkT34rw7QT9sYNA&redir_esc=y#v=snippet&q=exceed&f=false) Letöltve: 2018.11.12.

Levine, James A.: Lethal sitting: Homo Sedentarius seeks answers. Physiology 29: 300–301, 2014; doi:10.1152/physiol.00034.2014  
<https://www.physiology.org/doi/pdf/10.1152/physiol.00034.2014> Letöltve: 2018.09.30.

Loukzadeh, Ziba –Bafrooi, Nahid Mazloom: Association of coping style and psychological well-being in hospital nurses. Journal of Caring Sciences, 2013/2, 313-319.

Napier, David [et al.]: Culture and health. The Lancet, 2014; 384:1607– 39.  
[https://www.researchgate.net/publication/269175928\\_Culture\\_and\\_health](https://www.researchgate.net/publication/269175928_Culture_and_health) Letöltve: 2018.11.03.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Magyarország: Egészségügyi országprofil 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, 2017.  
[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_hu\\_hungary.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_hu_hungary.pdf) Letöltve: 2018.10.23.

OGDEN, JANE: Changing the subject of health psychology. Psychology and Health, 1995/10. pp. 257-265. in: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.): Egészségpszichológia a gyakorlatban. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2007.

OKTATÁSI MINISZTERIUM: Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Oktatási Minisztérium, Budapest, 2004.  
[http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg\\_segedletjav03161750sifp.pdf](http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg_segedletjav03161750sifp.pdf) Letöltve: 2018.11.03.

OLÁH, ATTILA: Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Trefort Kiadó, 2005.

Paksi, Borbála – Schmidt, Andrea: Pedagógusok mentálhigiénés állapota. Új Pedagógiai Szemle, 2006/6. oldalszám nélkül. <http://folyoiratok.ofi.hu/uj-pedagogiai-szemle/pedagogusok-mentalhigienes-allapota> Letöltve: 2018.11.02.

Petróczi, Erzsébet: Amit a hallgatónak tudni illik a kiégésről. SZEK – Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2007a.

Petróczi, Erzsébet: Kiégés – elkerülhetetlen? Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 2007b.



Pikó, Bettina: *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005. in: KÁLLAI, JÁNOS - VARGA, JÓZSEF - OLÁH, ATTILA (szerk.): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2007.

Pikó, Bettina: Stressz, coping és a pszichikai jóllét összefüggései preklinikai orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 2014, 155/3. 1312-1318.

Richard s. Lazarus: Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, 37,1019-1024, 1982. in EYSENCK, MICHAEL W. – KEANE, MARK T.: *Kognitív pszichológia*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003.

Salavecz, Gyöngyvér – Neculai, Krisztina – JAKAB, ERNŐ: A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7/2, 2006, pp. 95-109.

<http://real.mtak.hu/58525/1/mental.7.2006.2.2.pdf> Letöltve: 2018.11.02.

Sarafino, Edward P. – Smith, Timothy W.: *Health Psychology – biopsychosocial interactions*. John Wiley and Son's Inc., 2011.

Selye, János: *Életünk és a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1964.

Selye, János: *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1976.

Skinner, Ellen A. – Wellborn, James G.: Coping during childhood and adolescence: a motivational perspective. in: Ellen A. Skinner: *Percieved control, motivation and coping*. Sage Publications, 1995.

Stone, Arthur A. –Neale, John M.: New measure of daily coping: Development and preliminary results.

Straub, Richard O.: *Health psychology*. WorthPublishers, New York, 2002. in: Kopp Mária - Berghammer Rita: *Orvosi Pszichológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2009.

Szabó László Tamás: *A rejtett tanterv*. Magvető, Budapest, 1988

Szabó, Éva – Jagodics, Balázs: Erőforrások és követelmények. A tanári kiegészítő munkahelyi tényezőinek komplex vizsgálata. *Iskolakultúra*, 26, 2016/11.

SZERZŐ: N/A: 75 papír-ceruzateszt. Animula Kiadó, 2015. oldalszám: N/A.

UNIVERSITY OF WASHINGTON: Global Burden of Disease Study Behavioral risks. Both sexes, All ages, 2017, Percent of total deaths.

<https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> Letöltve: 2018.10.23.

Velten, Julia és mtsai.: Lifestyle choices and mental health: a longitudinal survey with German and Chinese students. *BMC Public Health*, 2018. 18:632.

WHO: Body Mass Index – BMI, World Health Organization, évszám: N/A <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Letöltve: 2018.12.30.

WHO: Constitution. World Health Organization, évszám: N/A,  
<https://www.who.int/about/mission/en/> Letöltve: 2018.05.04.

WHO: Global recommendations on physical activity for health, World Health Organization, 2010.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979\\_eng.pdf;jsessionid=0F6D816182C177AF6A0F3378CFE0103D?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=0F6D816182C177AF6A0F3378CFE0103D?sequence=1)  
Letöltve: 2018.10.22.

Wilson, Edward O.: Sociobiology. The abridged edition. The Belknap Press of Harvard University Press, 1975.

Zajonc, Robert Boleslaw: Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 1980 in LAZARUS, RICHARD S.: Thoughts on the relations between emotion and cognition. *American Psychologist*, Sept, 1982.